

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5879

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIKAR HAKIMA

Date de naissance : 25.05.53

Adresse : 28 Bd ou 1 RABII Residence EZZAHLA N°6

ELASA VOLFA

Tél. : 0664506836 Total des frais engagés : 200, 294, 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14.06.2022

Nom et prénom du malade : SIKAR HAKIMA Age : 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 31/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : H. HAKIMA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/06/22			200,00	DR. ABDI MOHAMMED

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Ain Chock	14/06/22	2911,25
		DR. ABDI MOHAMMED
		Montant de la Facture
		2911,25

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Dés. Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
LAMSSION	18/07/2022	AM PC IM IV	5000,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
</				

Docteur Mohammed CHAHBI

الدكتور محمد شهبي

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE
(Maladies et Chirurgie des yeux)
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie
de la fondation Rothschild-département
d'Oculo-plastie
Ancien Médecin de la Banque Française des Y

- ٦- اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
- ٧- خريج كلية باريس
- ٨- داخلي سابق ببريطانيا و بالمركز الفرنسي للعيون
- ٩- 15-20 بمتوسطة جراحة العيون
- ١٠- روتشيلاد بباريس
- ١١- طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون
- ١٢- خبير في تطوير البنية البصرية بالبنك

ME S'ZKAR MAZZ KA

$$\begin{cases} \mu = +0.7 \sqrt{(-9, 1 - 35)} \\ \gamma = +1.2 \sqrt{(-9, 1 - 110)} \end{cases}$$

$\mu \rightarrow 3$

DR. Mohamined,
Mogiste, californie,
CHAMALIAMAROC, 20/15
DR. Ophitalpano, 18/22,
Boulevard casablanca, 15/26
54A, casablanca 22/1 09/26
161/06 60/25
15/22 29/65
15/22 29/65

~~LAM VISION~~



544 Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc

• +212 522 50 15 15

📞 +212 522 29 66 00 / 60

Patente N° : 34082698 - Identifiant Fiscal N° : 37521862

+212 522 86 46 18

 +212 522 86 46 21

ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434631 - CNSS: 156

+212 522 86 46 19

✉ clinicoeil.californie@gmail.com

ICE N°: 002201154000040 - RCN°: 454621 - CNSS: 1505901

+212 522 86 46 20

www.clinic-cell.com

Digitized by srujanika@gmail.com

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

الدكتور محمد شهبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتاي و بالمركز الفرنسي للعيون

و 15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيل بباريس

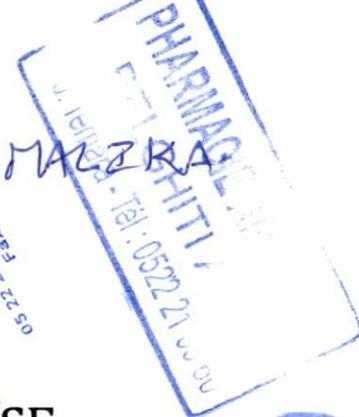
طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خبر تصحيف البصر بالليزك

14/06/19 22

M:

Dr. CHAHBI Mohammed
Optométriste, Ophtalmologue, Maroc
44, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
Tél: 05 22 86 46 18 - Fax: 05 22 86 46 21



THÉALOSE

1 gtt x4/j pdt 03 mois

294,00

A renouveler



544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc

Patente N° : 34082698 - Identifiant Fiscal N° : 37521862

ICE N° : 002281194000046 - RC N° : 434621 - CNS : 1563901

+212 522 50 15 15 +212 522 29 66 00 / 60

+212 522 86 46 18 +212 522 86 46 21

+212 522 86 46 19 +212 522 86 46 19

cliniicoeil.californie@gmail.com

+212 522 86 46 20

www.clinic-oeil.com

Date : 18/07/2022

N° Facture : 51/022

MME SIKAR AMLIKA

Désignation	Quantité	Prix
MONTURE OPTIQUE	1	2200
V431 VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET OD : +0.75 (-0.50 à 35°) ADD : +3.00	1	1400
V431 VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET OG : +1.25 (-0.50 à 110°) ADD : +3.00	1	1400

Total 5000 Dhs**Dont TVA** 833,33 Dhs

20%

NET A PAYER en dirhams**5000 Dhs**

LAMVISION
Angle Bd Biranzarane et Rue Morvan
Casablanca
Tél: 05 22 256 088 - 05 22 982 816
Fax: 05 22 256 088 - 05 22 982 816

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE CINQ MILLE DIRHAMS.

ICE 000005736000037